



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Síndrome de abstinencia neonatal

Autor/es

ALBA ABAD BUSTOS

Director/es

MARÍA NEUS CAPARRÓS CIVERA

Facultad

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Titulación

Grado en Trabajo Social

Departamento

DERECHO

Curso académico

2017-18



Síndrome de abstinencia neonatal, de ALBA ABAD BUSTOS
(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative
Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.
Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los
titulares del copyright.



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

TRABAJO FIN DE GRADO

SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL

**EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN MUJERES GESTANTES Y
LAS CONSECUENCIAS EN SUS DESCENDIENTES.**

AUTORA: ALBA ABAD BUSTOS

TUTORA: NEUS CAPARRÓS CIVERA

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS

AÑO ACADÉMICO: 2017/2018

RESUMEN

El síndrome de abstinencia neonatal es un conjunto de consecuencias y síntomas que se originan en un bebé que ha estado expuesto durante la gestación a sustancias psicoactivas. (drogas). en el momento que se separa de su madre. Esto se produce porque las drogas que ha consumido la madre han atravesado las paredes de la placenta y han llegado al embrión.

En el presente trabajo se estudian las consecuencias que producen las drogas en los/as neonatales, los síntomas que tienen tras su nacimiento, el trámite sanitario y la evolución de estos bebés, la función que cumple el Trabajo Social en estos casos y las leyes que existen de protección a los menores y a las madres.

ABSTRACT

The neonatal abstinence syndrome is a set of consequences and symptoms that originate in a baby who has been exposed during pregnancy to psychoactive substances (drugs) at the time that is separated from his mother, this occurs because the drugs you have consumed the mother has crossed the walls of the placenta and has reached the embryo.

In the present work we study the consequences of drugs in neonatals, the symptoms they have after birth, the health process and the evolution of these babies, the role of Social Work in these cases and the laws that there are protection for minors and mothers.

ÍNDICE.

.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2.OBJETIVOS Y METODOLOGÍA.....	4
3. “ACERCÁNDONOS A LA SITUACIÓN PROBLEMA”: SOBRE EL SÍNDROME DE ASBTINENCIA.	6
3.1.FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.....	8
3.1.1 FACTORES DE RIESGO.....	8
3.1.2 FACTORES DE PROTECCIÓN.	12
4.MUJERES EMBARAZADAS.	14
4.1.CONSUMO.....	15
5.ABSTINENCIA EN NEONATOS.....	19
5.1.INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO.	22
6.PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL.....	25
7.INFLUENCIA DEL ENTORNO Y DE LA SOCIEDAD EN EL CONSUMO DE DROGAS.....	28
8.MARCO JURÍDICO.....	30
9.CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	33
10.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	33
11.ANEXOS.	41
ENTREVISTA → PEDIATRA	41
ENTREVISTA → TRABAJADOR/A SOCIAL	43

1.INTRODUCCIÓN.

En el TFG que aquí se presenta abordo un tema que siempre ha suscitado en mí gran interés; el tema de las drogas y en especial las consecuencias que tienen en las madres gestantes y sus bebés, los cuales, pueden presentar síndrome de abstinencia.

La encuesta sobre consumo de alcohol y drogas “EDADES” muestra ligeros descensos sin cambios significativos en el consumo de drogas entre 1997-2011 a nivel europeo. Este problema tiene mayor connotación cuando el consumo se produce durante el embarazo ya que este no es un impedimento para continuarlo. Cabe destacar que los embriones que están expuestos a este tipo de sustancias corren un gran riesgo de padecer numerosas patologías tanto intrauterinamente como una vez que han nacido, este tipo de problemas puede llegar a causar la muerte de la madre y/o del neonatal. (INE, 2012, P 8) y (Aguilera, 2005, P 714)

Pese a todos los casos que se siguen dando, el síndrome de abstinencia neonatal es algo poco estudiado, existen escasas investigaciones sobre esta cuestión y por este motivo he encontrado muchas dificultades a la hora de estudiar el tema. (González & Martínez, 1999)

En cuanto al papel de/la Trabajador/a Social, son los/as del ámbito sanitario los/as que intervienen en estas situaciones, principalmente los/as de atención temprana. La intervención social en estos casos es primordial ya que actúan desde antes del embarazo (intervención directa con las madres), durante el embarazo (derivándolas a programas de deshabituación) y después de éste (afianzando un adecuado futuro para el menor...)

A continuación, se abordan diferentes cuestiones relacionadas con este tema (definiciones, trámite sanitario, evolución del neonato...) sin olvidarnos en ningún momento a la figura materna.

2.OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivos generales

O.G.1: Conocer la situación de las madres gestantes consumidoras.

O.G.2: Analizar el síndrome de abstinencia neonatal

Objetivos específicos

O.E.1.1: Profundizar sobre la salud de los/las neonatales de madres no consumidoras

O.E.1.2: Analizar la salud de los/las neonatales de las madres fumadoras y consumidoras de alcohol

O.E.1.3: Estudiar la salud de los/las neonatales de las madres consumidoras de drogas ilegales

O.E.1.4: Comparar la salud del/ la neonatal de madres consumidoras durante el embarazo y madres no consumidoras

O.E.2.1: Observar y estudiar los problemas al nacer y a lo largo de su evolución

O.E.2.2: Investigar los diferentes tratamientos al respecto

Metodología

El trabajo que se presenta a continuación es de corte bibliográfico y documental. Durante el desarrollo de este se han recopilado materiales de origen diverso como: documentos, capítulos de libros, artículos de revistas, vídeos e incluso películas sobre el tema objeto de análisis (embarazos, drogas, consumo, trabajo social sanitario...) cabe destacar también la utilización de bases de datos como son Google académico, Dialnet, INE...

Además, para afianzar la información recogida, se han realizado entrevistas ¹a diferentes profesionales: a la Trabajadora Social del Hospital San Pedro de Logroño (E1) y a la Jefa de Pediatría del mismo hospital (E2). Los casos y situaciones plasmados en estas entrevistas son reales.

La metodología cualitativa es aquella que adquiere la información a través de entrevistas, experiencias personales, observaciones, historias de vida... En este TFG se han utilizado las entrevistas como método de recopilación de información para así, obtener testimonios reales.

¹ Adjuntas en anexos

Finalmente se dará a conocer propuestas, así como buenas prácticas y, sobre todo, las expectativas que tienen los profesionales entrevistados.

3.“ACERCÁNDONOS A LA SITUACIÓN PROBLEMA”: SOBRE EL SÍNDROME DE ASBTINENCIA.

La OMS en 1992 definió síndrome de abstinencia general como:

“Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o con dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y se relacionan con el tipo de sustancia y la dosis empleada inmediatamente antes de suspenderse el consumo. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones”

Mellado define el Síndrome de abstinencia **neonatal**:

“Término para denominar una serie de problemas que experimenta un/a recién nacido/a cuando se le retira de la exposición a sustancias, drogas o narcóticos. El incremento dramático de drogadicción en la población actual no exime a las mujeres en edad de concebir. Un elevado número de mujeres consume drogas legales o ilegales durante el embarazo, y ello representa un problema de salud que tiene gran repercusión clínica, social y psicológica para el/la recién nacido/a. Se estima que uno/a de cada 10 recién nacidos/as puede haber estado expuestos a drogas durante el período intrauterino. Las drogas de abuso que la embarazada puede consumir son muy variadas, así como sus efectos sobre el feto y el/la neonato/a.” (2008, P 2 y 3)

El hijo de una madre drogodependiente es considerado un recién nacido de alto riesgo por presentar varios problemas asociados. Las sustancias que provocan dependencia y adicción en la madre también hacen que el feto se vuelva adicto. Al nacer, la dependencia del recién nacido a la sustancia continúa, sin embargo, como la droga ya no está disponible, el sistema nervioso central del recién nacido se hiperestimula y da lugar a los síntomas de abstinencia. La probabilidad de que algunas drogas puedan provocar

síndrome de abstinencia es más elevada en unas que en otras, pero todas tienen efectos sobre el bebé. Pueden nacer con dependencia fisiológica de la sustancia consumida ya que muchas drogas atraviesan la barrera placentaria. Ésta es la razón por la cual los neonatos presentan el síndrome de abstinencia, así como otras anomalías congénitas (defectos cardíacos) y otras complicaciones (a corto plazo: bajo peso al nacer o prematuridad y a largo plazo como riesgo de contraer hepatitis B). (Bielsa, 2017)

Algunos conceptos relacionados con el tema del trabajo de gran relevancia son:

Drogas

Según la (OMS) droga es toda sustancia, que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

También, según la OMS, las sustancias psicoactivas, conocidas más comúnmente como drogas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo. Los avances en la neurociencia nos han permitido conocer mucho mejor los procesos físicos mediante los que actúan estas sustancias.

Dentro de estas definiciones se encuentran todas las sustancias psicoactivas, sean legales (alcohol, tabaco, fármacos hipnosedantes...) o estén consideradas ilegales por las convenciones y tratados sobre sustancias psicotrópicas, que incluyen en sus listas, entre otras muchas, al cannabis, la cocaína, las anfetaminas y la heroína. (2004).

Consumo de drogas

Se denomina consumo de drogas a la autoadministración de una sustancia psicoactiva.

Entendemos por consumo abusivo el patrón de consumo que excede un estándar de consumo moderado o de manera más ambigua.

El consumo perjudicial es el patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico o mental. El consumo perjudicial comporta a menudo, aunque no siempre, consecuencias sociales adversas; sin embargo, estas

consecuencias por sí solas no son suficientes para justificar un diagnóstico de consumo perjudicial. (Hernández, 2008)

Dependencia

Estado psíquico, y en ocasiones también físico, resultado de la interacción entre un organismo vivo y una droga, y que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones. En ese estado, siempre aparece una pulsión a ingerir la sustancia de forma continua o periódica, con objeto de volver a experimentar sus efectos psíquicos o, en otras ocasiones, para evitar el malestar que provoca no poder consumirla. (Infodrogas, 2006)

Neonato

Según la OMS, un/a recién nacido/a es un/a niño/a que tiene menos de 28 días. La palabra se aplica tanto a aquellos bebés nacidos antes de tiempo, en tiempo y forma o pasados los nueve meses de embarazo. Estos 28 primeros días de vida son los que comportan un mayor riesgo de muerte para el/la niño/a. Si bien se trata de una etapa de la vida realmente muy corta, los cambios que se suceden pueden desembocar en consecuencias muy determinantes para el resto de la vida del/la recién/a nacido/a. (1994)

3.1. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.

3.1.1 FACTORES DE RIESGO.

Se denomina factor de riesgo a toda aquella característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno negativo o perjudicial. En este caso, los factores de riesgo pueden aumentar el riesgo de una persona para el consumo y/o abuso de drogas (Proyecto Hombre, 1995) y (Eulogio, Pastor, Del Cerro, Pastor & López, 2004)

- Factores de riesgo individuales: son aquellos que dependen de la propia persona, es decir, son factores internos en los que no existe una influencia externa: la edad, la percepción que tenemos de nosotros mismos, la autoestima....
- Factores de riesgo familiares: Todas las personas necesitamos puntos de referencia en nuestras vidas, cuando somos pequeños nuestro punto de referencia

son nuestros padres, a medida que vamos creciendo también crece el número de personas de nuestro entorno y con ellas los puntos de referencia. La familia siempre es el principal, por este motivo la influencia que tiene la familia sobre nosotros es considerable.

Cuando nos encontramos ante progenitores consumidores, que tienen la adicción normalizada en casa y tienen hijos/as, estos niños/as es probable que crezcan habituados a ver el consumo de drogas como algo normal y lógico, esto les va a hacer reflexionar de dos maneras:

1. Es posible que no les resulte adecuada la forma de vida que tienen en sus casas y no deseen eso para ellos ni para sus descendientes, por este motivo decidan alejarse del mundo de las drogas por completo (repulsión)
 2. Tomar de ejemplo a sus progenitores y seguir el mismo camino hará que en sus futuras casas el consumo vuelva a ser algo normalizado.
- Factores sociales y económicos: La persona se encuentra influenciada por el entorno, el grupo de amigos/as, la sociedad en general, el estilo de vida.... La importancia que tiene la sociedad sobre una persona es tan grande que puede superar a la que tiene la familia. Hoy en día nos preocupa demasiado lo que piensen de nosotros, nos preocupa ser aceptados por un grupo de amigos/as.... Esto puede convertirse en factor de riesgo en el momento que decidimos consumir drogas para impresionar o agradar a ciertas personas.

Los factores económicos también pueden representar factores de riesgo, para evadirse de los problemas económicos, muchas personas, recurren a las drogas. Es curioso que, si una persona posee un gran poder adquisitivo, por ejemplo, también recurre a las drogas ya que económicamente se puede permitir realizar fiestas grandes y pagar sustancias adictivas (Delgado, 2014)

Estos, son factores que pueden ser considerados de riesgo o de protección, por ejemplo, tener la autoestima alta a la hora de consumir puede ser un factor de riesgo ya que la persona puede creerse inmune a todo, pero también puede serlo de protección al no consumir porque no necesita demostrar nada a nadie. Una baja autoestima puede actuar como factor de riesgo ya que la persona acude a las drogas para calmar el sentimiento de indiferencia, pero también puede serlo de protección, al tener baja autoestima aumentan los miedos al que pasará si se consume....

Ninguno de estos factores es considerado causas de esta problemática, pero si se consideran elementos influyentes que aumentan la probabilidad de que se consuma o de que, en el caso que nos preocupa, el/la bebé nazca con síndrome de abstinencia

1. Factores de riesgo que aumentan la probabilidad de consumo en embarazadas

Factores individuales
EDAD: <ul style="list-style-type: none"> - La adolescencia es una etapa de experimentación, por este motivo, aquellas mujeres que se quedan embarazadas durante esta etapa aumentan el riesgo de consumo - En la adolescencia se tiende a creer que si se consume se es más popular o puede evadirse de problemas
AUTOESTIMA: <ul style="list-style-type: none"> - Una persona que tenga una autoestima baja puede recurrir a las drogas para evadirse de este problema - Por el contrario, tener la autoestima alta provoca que las personas se sientan invencibles
AUTOCONTROL: <ul style="list-style-type: none"> - Poco autocontrol provoca que aumente el riesgo de consumo ya que pueden afectar más las malas influencias
PERCEPCIÓN DEL RIESGO: <ul style="list-style-type: none"> - Tener una baja percepción de riesgo hacia estas sustancias provoca que la probabilidad de consumo aumente
EDUCACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> - Una escasa educación sobre las drogas aumenta el riesgo de experimentar ya sea por curiosidad o por desconocimiento.

Factores familiares
PROBLEMAS FAMILIARES: <ul style="list-style-type: none"> - La existencia de algún tipo de problema familiar ya sea con los padres, hermanos/as, pareja... es un factor que puede aumentar mucho el riesgo de consumo para evadirse

- Influencias de familiares consumidores también pueden influenciar en la persona.
- Una escasa disciplina y supervisión durante la niñez y adolescencia también podría ser un factor influyente en la adultez

Factores sociales y económicos

ACEPTACIÓN DESDE EL GRUPO DE AMIGOS:

- Si el grupo de amigos tiene el consumo como algo normalizado es más probable que se consuma
- Que las reuniones con amigos sean para fumar, beber... aumenta el riesgo de consumo
- Si en el entorno social existen las drogas, la accesibilidad va a ser más fácil, cómoda y rápida

PROBLEMAS ECONÓMICOS:

- Los problemas económicos o de trabajo pueden influir de manera negativa ya que la persona para evadirse de ellos podría optar por las drogas
- Una persona con gran poder adquisitivo puede celebrar acontecimientos a lo grande y adquirir grandes cantidades de drogas

DISCONFORMIDAD CON LA SOCIEDAD:

- El consumo puede ser una manera de mostrar su descontento con las normas sociales

ESTATUS Y ESTILO DE VIDA:

- Un factor de riesgo a tener en cuenta es el estilo de vida, en el caso de las personas que se encuentra en el sector de la exclusión social, prostitución... las probabilidades de que se relacione con las drogas aumentan

2. Factores de riesgo que aumentan la probabilidad de síndrome de abstinencia neonatal

- Escasa asistencia sanitaria prenatal y maternal
- Politoxicomanía
- Deficiencia nutricional y enfermedades relacionadas con esta (anemia...)

Una adecuada asistencia sanitaria antes durante y después del embarazo es fundamental para la prevención de enfermedades, llevar un correcto control de la salud materna y del feto, y en este caso para tomar medidas si se encuentran signos de que la madre es consumidora y puede afectar tanto a su salud como a la del futuro bebé.

El consumo de varias drogas por una misma persona aumenta el riesgo de que el bebé nazca con síndrome de abstinencia.

Una mala alimentación por parte de la madre hace que el bebé no se forme como debería ya que los nutrientes que le llegan al feto no son suficientes o no son los correctos, también afectara a las defensas de este. A parte de afectar a la salud del feto, tendrá repercusiones sobre la salud de la madre y puede que aparezcan enfermedades relacionadas con la mala alimentación y la falta de nutrientes.

No todas las drogas tienen la misma agresividad para el feto, no es lo mismo que la madre sea consumidora de tabaco que de heroína, tampoco es igual que se fume un cigarro al día a que se fume una cajetilla ni que consuma durante el primer mes a que consuma durante todo el embarazo.²

3.1.2 FACTORES DE PROTECCIÓN.

Los factores de protección son aquellos que pueden disminuir, reducir, neutralizar... el riesgo y la probabilidad de que suceda algo. Los factores de protección se potencian entre sí. En el caso del síndrome de abstinencia neonatal y del riesgo de las madres embarazadas a consumir, un factor de protección es aquel que disminuye el riesgo de que la madre consuma o el riesgo de que el/la bebé nazca con síndrome de abstinencia neonatal.

Factores de protección, son aquellas variables que contribuyen a modular o limitar las conductas de consumo (Fernández & Secades, 2008), (Castillo,2017)

² Los médicos recomiendan que aquellas mujeres que sean consumidoras habituales no lo dejen del todo durante el embarazo.

En este caso, muchos de los factores de riesgo mencionados anteriormente pueden resultar interesantes también como factores de protección

1. Factores de protección que disminuyen la probabilidad de consumo en embarazadas

Factores individuales
AUTOESTIMA: <ul style="list-style-type: none">- Una alta autoestima, aleja a las personas de los malos hábitos.- Una autoestima baja crea miedo a las consecuencias del consumo.
AUTOCONTROL: <ul style="list-style-type: none">- Un adecuado autocontrol puede aumentar la consciencia de riesgo y prevenir el consumo
PERCEPCIÓN DEL RIESGO: <ul style="list-style-type: none">- Tener una alta percepción de riesgo va a provocar que las posibilidades de consumo disminuyan
EDUCACIÓN: <ul style="list-style-type: none">- Educar desde pequeños con talleres de información y prevención será fundamental para que en la adolescencia y/o adultez tengan la suficiente información sobre lo perjudiciales que son estas sustancias y puedan evitarlas

Factores familiares
FAMILIA: <ul style="list-style-type: none">- Buena relación familiar, vínculos adecuados, apoyo... son factores muy relevantes a la hora de evitar el consumo, así como, una buena influencia por parte de la familia

Factores sociales y económicos
ACEPTACIÓN DESDE EL GRUPO DE AMIGOS:

- Un factor de protección relacionado con el grupo de amigos seria su alta percepción de riesgo en cuanto a las drogas y a su consumo, esto evitara que existan estas malas prácticas entre ellos y con ellas las malas influencias.

PORBLEMAS ECONÓMICOS:

- Tener problemas económicos puede ser un factor de riesgo o de protección. En el caso de que una persona no tiene suficiente dinero para las necesidades básicas, evitara gastarlo en drogas y destinar ese dinero a comprar comida.

2. Factores de protección que disminuyen la probabilidad de síndrome de abstinencia neonatal

- Adecuada asistencia sanitaria maternal y prenatal
- Adecuada alimentación para fortalecer a la madre y al feto contra enfermedades y fortalecer las defensas

4.MUJERES EMBARAZADAS.

La OMS define el embarazo como

“Los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer. Es para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad. Sin embargo, durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Por este motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario cualificado.” (2018)

Cuando una mujer está embarazada debe velar tanto por su salud como por la del bebé que lleva en su interior, por este motivo, los médicos aconsejan a las futuras madres una adecuada alimentación, deporte adaptado y alejarse del alcohol, el tabaco u otras drogas.

Durante el embarazo todo aquello que sea consumido por la madre, indirectamente lo será también por el feto, en el momento que una mujer gestante consume sustancias adictivas, al igual que los alimentos, pasan al feto y pueden llegar a causar graves problemas en el futuro bebé afectando a su normal desarrollo. (Calvo, 2004)

Debido a que el consumo durante el embarazo no comienza a la vez que este, los profesionales del ámbito sanitario son conocedores de las personas que poseen este problema. Uno de los motivos por los que estos profesionales han tenido contacto anteriormente con estas personas es que son muy vulnerables y presentan diversas carencias (afectivas, familiares, económicas...) por lo tanto, alguna vez asisten a los centros de atención primaria o al hospital (escasas veces) en busca de ayuda. En el momento que una de estas mujeres se queda embarazada, los profesionales comienzan a prepararse para ayudarla tanto a ella como al bebé y activan un protocolo que comienza con darle un aviso a la unidad de Menores del Gobierno de la Rioja. (E1)

4.1.CONSUMO.

El consumo actual de las distintas drogas, aunque ha disminuido en los últimos 20 años, es inmensamente superior al de, por ejemplo, hace 50 años. Este constituye en la actualidad un importante fenómeno social que afecta especialmente a la adolescencia y adultez temprana. Ante la alta disponibilidad, en la actualidad tenemos que aprender a convivir con las drogas, tomando decisiones sobre su consumo o la abstinencia de las mismas. (Becoña, 2000)

Dentro del sector de personas adictas, se sitúan las mujeres embarazadas, el consumo durante el embarazo pone en riesgo tanto la salud de la madre como la del bebé. El perfil de madre- gestante consumidora es: (E2)

- Mujer entre 25 y 35 años (es frecuente también el consumo en adolescentes embarazadas).
- Nivel socio económico medio- bajo.
- Diversos tipos de carencias (económicas, afectivas...).
- Negación del consumo por dos motivos; para no sentirse culpable y autoconvencerse de que no está dañando al embrión o para que no exista la posibilidad de que le retiren la custodia del menor.

Las drogas consumidas durante la gestación aumentan el riesgo de que el feto nazca con malformaciones, que nazca prematuramente o incluso de que muera antes de nacer. El consumo es perjudicial durante toda la fase del embarazo, pero el feto presenta más riesgo de sufrir las consecuencias durante los tres primeros meses que es la etapa “crítica”

de todos los embarazos. Para evitar por completo este tipo de problemas el único método que existe es dejar de consumir drogas antes (principalmente) de la gestación, durante y después de esta. La importancia de no consumir durante la gestación es debido a que las drogas se transfieren directamente al bebé a través de la placenta lo que puede ser peligroso para este, antes de la gestación se debe preparar el cuerpo para los próximos 9 meses, si la madre consume durante este periodo puede que su cuerpo no se prepare adecuadamente o incluso no elimine todas las sustancias tóxicas, también es importante seguir un tratamiento de desintoxicación antes del embarazo para no sufrir durante este el síndrome de abstinencia que también le va a afectar al feto. No consumir después del embarazo si se recurre a la lactancia materna ya que a través de la leche se le transferirá las diferentes sustancias adictivas al bebé. (E2)

Es incorrecto afirmar que todos los/las hijos/as de madres adictas tienen algún tipo de problema o patología, pero el consumo aumenta las posibilidades de que estas complicaciones se manifiesten, en numerosas ocasiones las mujeres se quedan embarazadas de manera involuntaria, por lo que no han seguido un tratamiento anterior para dejar de consumir, en estos casos, durante el embarazo se puede llevar a cabo un tratamiento de desintoxicación de drogas, este tipo de tratamientos es menos agresivos para el feto que el consumo de drogas. También es erróneo concluir que todas las drogas producen las mismas consecuencias. (Ministerio de Sanidad y consumo, SF)

Las más consumidas son:

Tabaco:

El consumo de tabaco durante el embarazo se encuentra estrechamente relacionado con un aumento de los abortos espontáneos, retraso en el crecimiento intrauterino, parto prematuro, desprendimiento prematuro de la placenta incluso muerte fetal intrauterina.

En el momento que el/la niño/a nace, es común que tenga bajo peso al nacer, enfermedades respiratorias, dificultades en el aprendizaje, alteraciones en el comportamiento e incluso muerte súbita...

La dosis es muy relevante en estas situaciones, una mayor dosis aumenta las posibilidades de que suceda lo comentado anteriormente pero no sólo están en riesgo

los/las bebés de madres fumadoras sino también los de las fumadoras pasivas ³(nos encontraríamos ante un caso de feto fumador pasivo⁴). (Pascale, SF)

Cocaína:

La cocaína y sus metabolitos atraviesan la barrera placentaria y se excretan a través de la leche materna, la placenta retiene grandes cantidades de cocaína, lo cual incrementa el riesgo de patología placentaria durante el embarazo.

Los riesgos que suponen el consumo de cocaína son: mayor riesgo de aborto espontáneo, prematuridad, desprendimiento prematuro de placenta y restricción del crecimiento intrauterino, esta última relacionada con la disminución del aporte de oxígeno, aminoácidos y nutrientes al feto. Uno de los síntomas que presentan es bajo peso al nacer debido a una reducción de los depósitos de grasa fetal, es decir, el feto retiene menos grasa de lo que debería. A parte de estos riesgos y síntomas, en los casos más extremos, el consumo de cocaína puede llegar a ocasionar tanto la muerte de la madre como la muerte del feto. (Pascale, SF)

Cannabis

Según afirma Sánchez, el cannabis es la droga ilegal más consumida en España. Existen 60 derivados del cannabis, entre los que destaca el -9-tetrahidrocannabinol (THC), la principal sustancia psicoactiva de las plantas de la especie Cannabis Sativa. Las formas más habituales para el consumo que encontramos entre los derivados del cannabis son:

- La marihuana, que consiste en una preparación triturada y seca de las inflorescencias de la planta femenina, y contiene un 1-5% de THC.
- El “hachís” que consiste en el exudado resinoso de la planta presentado en bloques de consistencia pétrea, y presenta entre 15-50% de THC. (2012, P 26)

La presencia de THC en las placentas puede ser perjudicial para el feto. Sin embargo, actualmente no se ha establecido que produzca malformaciones en el embrión.

³ Individuo que involuntariamente inhala el humo que produce un fumador cercano

⁴ El feto involuntariamente recibe las sustancias químicas nocivas del humo del tabaco inhalado por la gestante, transferidas a través de la placenta

No son concluyentes los resultados de los estudios que analizan la posible influencia del cannabis en la duración del embarazo, la calidad y duración del parto, el crecimiento fetal y los trastornos neuro conductuales de los recién nacidos. (Aguilera e Izarra, 2005)

Opiáceos

Dependiendo del opioide que se consuma durante el embarazo, las mujeres pueden presentar depresión respiratoria, convulsiones o incluso el coma

Como sucede con todas las sustancias, cuando atraviesan la placenta es cuando comienza el peligro para el feto ya que puede causar una intoxicación fetal.

El síndrome de abstinencia de opiáceos se representa con episodios de nerviosismo, deseos de consumir, palpitaciones, aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, dolores musculares, calambres, náuseas, vómitos, diarrea... El síndrome de abstinencia materno produce un gran estrés en la mujer y esto tiene consecuencias negativas en el feto apareciendo también abstinencia. Una vez que el/la bebé nace, es muy posible que presente los síntomas característicos del síndrome de abstinencia neonatal como pueden ser temblores, deshidratación, llanto continuo, convulsiones, fiebre la duración de estos síntomas se puede prolongar hasta las 10 semanas de vida. (Pascale, SF)

Solventes

Son sustancias químicas altamente tóxicas de uso industrial y doméstico que se consumen por inhalación, estas pueden producir graves consecuencias físicas y psíquicas. algunos ejemplos son: Disolventes volátiles (pintura, gasolina), aerosoles, gases (tanques de propano, encendedores de butano) y nitritos (nitrito de amilo, nitrito de ciclohexilo). (Aguilera, 2004, P 64 y 69)

Los principales síntomas que causa el consumo de solventes en el feto son; dismorfia facial, restricción del crecimiento y microcefalia, características similares a las del síndrome alcohólico fetal.

Las mujeres expuestas a solventes tienen mayor riesgo de aborto espontáneo, además el/la bebé tiene un mayor riesgo de tener bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino y trastornos del neurodesarrollo. (Pascale, SF)

Anfetaminas

El consumo de anfetaminas o derivados anfetamínicos durante el embarazo provoca incidencias como abortos espontáneos, partos prematuros, muerte fetal intrauterina, malformaciones cardíacas, paladar hendido, anomalías cardiovasculares, anomalías musculoesqueléticas, trastornos neuro comportamentales... (Pascale, SF)

Alcohol

El alcohol atraviesa con facilidad la barrera placentaria, poniéndose rápidamente en contacto con el feto. Como el cuerpo de éste es inmaduro y no posee las enzimas necesarias para su eliminación, los niveles de alcohol en su sangre pueden permanecer elevados durante más tiempo que en la sangre materna. (Martínez, 2011, P3)

Por lo general, el consumo de pequeñas dosis de alcohol durante el embarazo no produce daños graves en el feto, pero esto no es así cuando las dosis son mas elevadas. Los/as hijos/as de madres que han consumido grandes cantidades de alcohol pueden presentar malformaciones, aumenta el riesgo de aborto espontaneo y de nacimiento de niños muertos. En los casos mas graves (mujeres con un consumo crónico) los daños se manifiestan por el síndrome alcohólico fetal, este se caracteriza por un retraso en el crecimiento pre y postnatal, alteraciones del sistema nervioso central, alteraciones cráneo-faciales y en algunos casos también aparecen lesiones y malformaciones en otros órganos y aparatos. (Martínez, 2011, P 3)

Los profesionales recomiendan a las madres que consumen habitualmente que cuando se quedan embarazadas no dejen el consumo por completo ya que esto les provocará síndrome de abstinencia a ellas y puede ser muy perjudicial para el feto. Normalmente estas personas están en programas de deshabituación, programas de salud mental con metadona, psiquiatras... en Logroño nos encontramos con recursos de deshabituación o desintoxicación como son: ARAD y Proyecto Hombre (E1)

5.ABSTINENCIA EN NEONATOS.

Aunque día a día se vayan realizando más estudios e investigaciones, es destacable el desconocimiento sobre el síndrome de abstinencia neonatal. Este problema siempre ha estado presente en la sociedad, pero se desconocía, cuando un bebe nacía y moría, le atribuían cualquier enfermedad o dificultad porque no tenían los recursos o medios suficientes para investigar en profundidad. Gracias a la evolución en la sanidad y a la

concienciación social sobre el tema de las drogas y las adicciones se comenzó a estudiar más estos casos y comenzaron a ser menos aislados.

El síndrome aparece solamente cuando las drogas consiguen atravesar la barrera placentaria y llegar al bebé, estos signos o síntomas surgen a lo largo de las primeras 24 horas de vida ya que se manifiestan al separar a este del cordón umbilical que le une a su madre, el motivo es que mientras permanecen unidos, la madre (consumidora), a través del cordón umbilical proporciona a su hijo/a la cantidad suficiente de sustancias estupefacientes necesaria para que el síndrome no aparezca, en el momento que se separa este vínculo, deja de obtener esa cantidad y comienza a aparecer el síndrome de abstinencia. Este Síndrome afecta a un porcentaje elevado (entre el 54% y el 94%) de bebés que han estado expuestos a diferentes drogas en el útero (Simón, 2017). Todos los años se producen casos de síndrome de abstinencia neonatal (entre 2 y 5 anuales). Las madres de los bebés expuestos a estas sustancias son consumidoras habituales, es decir, son mujeres con historia de drogodependencia con años de evolución, ya conocidas y en seguimiento por Servicios Sociales. (E2)

Algunos ejemplos de drogas que producen este síndrome son los siguientes: (Cuñarro,2006) y (Álvarez,SF)

- Opiáceos: Son consumidos para controlar el dolor. Su consumo se ha relacionado con el retardo del crecimiento del feto y con un aumento de las incidencias intrauterinas: heroína, morfina, metadona, codeína...
- Cocaína: Se relaciona con la malnutrición prenatal, malformaciones congénitas, infarto cerebral perinatal y aumento de incidencia de muerte súbita en lactante. Cabe destacar que, por lo general, los/as neonatales que han sido expuestos a la cocaína intrauterinamente, no suelen presentar el síndrome de abstinencia como tal, pero si suelen mostrar problemas de sueño, temblores, berrinches difíciles de calmar....
- Barbitúricos: Actúan como relajantes del sistema nervioso central, los síntomas son indistinguibles de los de abstinencia a narcóticos: butalbital, fenobarbital, secobarbital...
- Alcohol: En situaciones en las que el consumo de alcohol es pequeño, es decir, en dosis pequeñas no suele producir síntomas graves...en cambio, si las dosis que se

consumen son mayores o el tiempo prolongado podemos hablar del síndrome de alcoholismo fetal, este provoca macrocefalia, retraso en el crecimiento, rasgos faciales dismórficos (puente nasal bajo, adelgazamiento del labio superior...) problemas cardiacos....

- Tabaco: Ante una situación de tabaquismo durante el embarazo, las principales consecuencias son: retraso del crecimiento intrauterino, aborto espontáneo...

También debemos tener muy en cuenta los casos en los que no somos conocedores de esa exposición intrauterina a las diferentes sustancias, es decir, en numerosas ocasiones, los médicos, pediatras... En el momento en el que asisten el parto no conocen si la madre durante su embarazo ha consumido algún tipo de droga o no. A estos/as bebés se les da el alta hospitalaria y se exponen al riesgo de que sufran problemas tanto médicos como sociales. Para evitar que recién nacidos sean dados de alta y comiencen con síntomas de abstinencia, se procede a realizar una historia completa a la madre tanto clínica como psicosocial, a través de diversas pruebas se buscara manifestaciones de sospecha de drogadicción como podrían ser signos de ansiedad, marcas en los brazos que indiquen algún tipo de punción, demasiada insistencia en que le den el alta... (E2)

Cuando hablamos de neonatos, los síntomas y/o consecuencias generales son muy diferentes y variados/as, los/as principales son:

Irritabilidad	Hiperactividad
Temblores constantes	Llanto agudo
Convulsiones	Sudoración
Vómitos	Rechazo al alimento o apetito voraz
Alteraciones cardio respiratorias	Taquicardias
Congestión nasal	Fiebre

(Álvarez, SF) y (E2)

Es obvio que la sintomatología que la droga producirá al feto y al bebé van a depender del tipo de droga que se haya consumido durante el embarazo, de la dosis y del tiempo que haya estado consumiendo esa droga.

5.1. INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO.

Toda mujer embarazada es sometida a diversas pruebas durante el embarazo, durante el parto y después de este. El seguimiento sanitario a las embarazadas es fundamental para garantizar el bienestar tanto de la madre como del feto. Durante el periodo de gestación no solo se lleva un riguroso control sanitario de la madre, sino que, también del embrión. Se realizan alrededor de 13-19 visitas al médico y/o ginecólogo durante la etapa del embarazo en las que se realizan todo tipo de pruebas para descartar cualquier problema y/o enfermedad que pueda estar perjudicando al futuro bebé o a la madre, las pruebas se realizan a través de ecografías principalmente (en caso de ser necesario se procede a la amniocentesis⁵ o a la biopsia coral⁶). (RS de Dowswell 2010). Las pruebas que se llevan a cabo durante el embarazo son:

- Primer trimestre (12 primeras semanas): Control de peso, análisis de orina y sangre, control de tensión, ecografías, biopsia coral.
- Segundo trimestre (12-24): Triple screening⁷, ecografías de alta resolución, análisis de sangre y orina, amniocentesis, feto endoscopia.
- Tercer trimestre (24-36): Ecografías, análisis de sangre y orina, cultivo vaginal, monitorización fetal.

Estas pruebas se complementan con una serie de vacunas:

- Vacunación antitetánica: El tétanos neonatal se produce como consecuencia de procedimientos obstétricos o cuidados postnatales inadecuados o deficientes, y pueden derivar en daño cerebral en el/la recién nacido/a. Para prevenir el tétanos neonatal, la mejor estrategia es la vacunación universal, y si ello no es posible, la inmunización de mujeres en edad fértil o embarazadas (Domínguez, 2010; Cherry, 2009 & CDC, 2011).
- Vacunación frente a la tos ferina: La vacuna frente a la tos ferina se administra habitualmente junto a la vacuna antitetánica. Los estudios en mujeres

⁵ Punción abdominal de la matriz para extraer una pequeña cantidad del líquido amniótico que rodea el feto

⁶ Consiste en tomar una muestra de la placenta para analizarla y detectar posibles enfermedades genéticas y malformaciones en fetos con alto riesgo de padecerlas. Su precisión es muy alta.

⁷ Análisis de sangre que determina las posibilidades de que el bebé sufra algún tipo de alteración en los cromosomas.

embarazadas no muestran una mayor morbilidad ni mortalidad frente a las mujeres no embarazadas, ni tampoco se han evidenciado alteraciones en el desarrollo fetal. Sin embargo, el riesgo de muerte perinatal o enfermedad grave es elevado en los niños y niñas menores de 6 meses. (Tanaka, 2003).

- Vacunación de la gripe: La infección por virus de la gripe en embarazadas, especialmente cuando se hallan en su tercer trimestre de embarazo, se ha asociado a un mayor riesgo de hospitalización por problemas cardiorrespiratorios que en mujeres no embarazadas (Neuzil, 1998).

Las personas adictas, en general, son conocidas por los/as médicos, trabajadores/as sociales... de los centros de salud ya que anteriormente han asistido a estos profesionales por problemas relacionados con el consumo, patologías, demandando apoyo profesional o simplemente en busca de afectividad. Cuando un profesional conocedor del caso sospecha o tiene en conocimiento que alguna de estas mujeres está embarazada activará un programa de prevención para evitar que la madre consuma cantidades dañinas para el feto, este debe ser llevado a cabo a través del adecuado control por parte de la matrona, ginecólogo, médico de atención primaria, trabajadora social... en algunos casos se consigue que la madre participe en programas de deshabituación (a través de la administración de metadona) y disminuya la dosis consumida y en otros muchos los resultados no son los esperados ya que las mujeres por diferentes motivos deciden seguir con el consumo habitual. En ambas situaciones se realizan pruebas específicas para detectar cualquier componente tóxico en el cuerpo del bebé cuando nace, pero en los últimos casos estas evaluaciones son más rigurosas. (E2)

Para diagnosticar ⁸con toda seguridad síndrome de abstinencia en el/la recién nacido/a se deben realizar una serie de pruebas en las que se medirá el nivel de droga que existe en la orina del bebe, meconio.... Es más fiable la prueba del meconio ya que tiene menos falsos negativos ⁹que la de la orina y esto posibilita identificar con mayor precisión aquellos/as bebés que han estado expuestos recientemente a sustancias adictivas consumidas por sus madres. Pruebas sobre la hepatitis B, VIH.... Si es necesario, se

⁸ Ningún signo o síntoma debe relacionarse sin haber realizado pruebas anteriores con el síndrome de abstinencia neonatal, es importante realizar un buen diagnóstico para descartar otro tipo de patología.

⁹ En Medicina es un error por el cual al realizar una exploración física o una prueba complementaria su resultado es normal o no detecta la alteración, cuando en realidad hay una enfermedad en el paciente

pueden realizar también cultivos, ecografías cerebrales... (García, Lastra, Medina, Martínez, Lucena & Martínez, 2015, P 119-121)

Tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal

Antes del nacimiento del bebé, se procede a tratar a la madre a través de programas de prevención, atención temprana, programas de deshabitación... (E1)

Cuando el bebé nace se le ingresa como a cualquier recién nacido, en estos casos se tendrá especial vigilancia por si se manifestase cualquier síntoma de abstinencia, se realizan las pruebas que puedan ayudar en el tratamiento y en la evolución del neonato como son las neurológicas. (E2)

En el caso de que presente síntomas característicos del síndrome de abstinencia se procede a una serie de prácticas en las que no se incluyen fármacos, estas consisten en disminuir la luz y el sonido en las habitaciones donde se encuentren estos niños/as (ya que son estímulos que les pueden resultar incómodos debido a la sensibilidad que este síndrome les produce), se les administrarán tomas más frecuentemente que a los demás ya que el gasto energético de estos bebés es mayor, cuando sufran episodios de llanto agudo y continuado, se les calma cogiéndolos en brazos, acunándolos, masajeándolos....

En el caso de que estas prácticas no sean suficientes se comienza el tratamiento con fármacos. Se le administraran las vacunas correspondientes, entre ellas inmunoglobulina antihepatitis B¹⁰, se estudiarán las posibles patologías que la madre haya podido transmitirle para comenzar a tratarlas de una manera precoz. Es muy común aplicar fármacos calmantes y analgésicos como: Fenobarbital, elixir pareogórico, tintura de opio, morfina por vía oral, diazepam y clorpromazina. Actualmente el más utilizados en este tipo de tratamientos es la morfina por vía oral ya que los demás poseen un alto contenido de alcohol. (Álvarez, Del Viejo, Sayago, Sanguino, 2014, P 2-3)

Según vayan disminuyendo los síntomas de abstinencia, hay que ir disminuyendo también la cantidad de fármaco que se le suministra al bebé para no crear dependencia también a la medicina con que se le está tratando

¹⁰ La inmunoglobulina antihepatitis B contiene grandes cantidades de anticuerpos de la hepatitis B extraídos de la sangre humana donada. Los anticuerpos son proteínas que el sistema inmunitario de una persona crea para luchar contra los gérmenes, por ejemplo, bacterias y virus como la hepatitis B.

En cuanto a la alimentación del bebé, debido a que la madre no puede alimentarle a través de la lactancia materna, se recurre a la alimentación “artificial” a través de biberones y leche para bebés.

Algunos trastornos como es el síndrome de abstinencia neonatal o la depresión neonatal inmediata tienen buena evolución. Otras complicaciones como la prematuridad dejan secuelas y es necesario un riguroso seguimiento. (E2)

6.PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL.

El Consejo General del Trabajo Social (FITS) define Trabajo Social como:

“Una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.” (2000)

Debido al tema que estamos estudiando debemos conocer en profundidad en qué consiste el Trabajo Social Sanitario:

“El Trabajo Social Sanitario es el apoyo profesional que garantiza la continuidad asistencial. Considera no sólo las necesidades sanitarias que vienen determinadas por el médico y la enfermera, sino las posibilidades sociales que harán posible el seguimiento terapéutico, el cumplimiento terapéutico, en las condiciones óptimas. Y si bien muchas personas pueden afrontar por sí mismas y con ligeras orientaciones profesionales esta nueva realidad, otras requieren un apoyo estratégico global, orientado a subsanar los nuevos desequilibrios que evidencia de su día a día particular.” (Colom Masfret, 2006)

Es el Trabajo social en el ámbito sanitario es el que trata los casos sobre consumo en mujeres embarazadas y síndrome de abstinencia neonatal.

Estas definiciones plasman las mismas ideas de diferentes maneras:

El trabajo social es una profesión dedicada al bienestar de los individuos.




Es importante destacar y tener en cuenta las funciones de los/as Trabajadores/as Sociales, estas funciones son las que hacen tan especial esta profesión ya que están destinadas a ayudar, favorecer, mejorar y facilitar. Según el artículo 6 del Estatuto de la profesión de diplomado/a en Trabajo Social las funciones principales son las siguientes:

- ✚ **Función preventiva:** actuación precoz sobre las causas que generan problemáticas individuales y colectivas...
- ✚ **Función de atención directa:** responde a la atención de individuos o grupos que presentan o están en riesgo de presentar, problemas de índole social.
- ✚ **Función de planificación:** acción de ordenar y conducir un plan de acuerdo con unos objetivos propuestos, contenidos en un programa determinado mediante un proceso de análisis de la realidad y del cálculo de las probables evoluciones de esta.
- ✚ **Función docente:** impartir enseñanzas teóricas y prácticas de Trabajo Social y de servicios sociales, tanto en las propias escuelas de Trabajo Social como en otros ámbitos académicos.
- ✚ **Función de promoción:** Diseñar e implementar las políticas sociales que favorezcan la creación y reajuste de servicios y recursos adecuados para la cobertura de necesidades sociales.
- ✚ **Función de mediación:** en la función de mediación el/la trabajador/a social/asistente social actúa como catalizador, posibilitando la unión de las partes implicadas en el conflicto con el fin de posibilitar con su intervención que sean los propios interesados quienes logren la resolución de este.
- ✚ **Función de supervisión:** ejercer el control de las tareas realizadas por los profesionales.
- ✚ **Función de evaluación:** contrastar los resultados obtenidos en las distintas actuaciones, en relación con los objetivos propuestos.
- ✚ **Función gerencial:** se desarrolla cuando el/la trabajador/a social tiene responsabilidades en la planificación de centros, organización, dirección y control de programas sociales y servicios sociales

Centrándonos nuevamente en el ámbito del síndrome de abstinencia neonatal cabe destacar que cuando un/a Trabajador/a Social del ámbito sanitario debe intervenir con un caso en el que una mujer embarazada es consumidora, la intervención comienza desde antes de que el bebé nazca, es decir, ante un caso así el/la profesional activa un protocolo de actuación, este consiste: (E1)

- Dar un aviso a la Unidad de menores del Gobierno de la Rioja: en estos casos, al considerarse maltrato infantil, cuando el bebé nace, la Unidad de menores le retiran la tutela a la madre ya que se considera que no se puede hacer cargo de él
- Se le deriva a la embarazada a un programa de deshabituación a través de la metadona, en estos programas se les suministra metadona, según evoluciona la embarazada, la dosis de metadona se va disminuyendo para no dañar al feto
- Tras el parto se realiza un seguimiento constante tanto del bebé como de la madre.

Las funciones primordiales del/la Trabajador/a Social serán:

-  **Función preventiva:** Es una de las funciones más importantes en este ámbito, no olvidemos que estamos hablando del mundo de las adicciones, la prevención en este sector es primordial para evitar futuros problemas como es el síndrome de abstinencia. Una adecuada prevención pueden ser la clave para evitar que una mujer consuma durante el embarazo, y así, extinguir el riesgo de síndrome de abstinencia neonatal. El Trabajo Social sanitario esta función la lleva a cabo impartiendo talleres sobre prevención de la drogodependencia principalmente dirigidos a adolescentes ya que es la etapa con mayor riesgo de inicio en el consumo.
-  **Función de atención directa:** Cuando nos encontramos una situación en la que tenemos que intervenir con una mujer embarazada y consumidora, debemos ser conscientes de que no podemos estar con ella las 24 horas del día, por eso, es importante ayudarle a potenciar sus capacidades y sus habilidades para que ella sola pueda afrontar esta situación, de esto se ocupa los/as trabajadores/as sociales del ámbito sanitario.
-  **Función de planificación:** Diseñar unos objetivos es algo principal en cualquier intervención, ya sea para prevenir o para intervenir cuando ya nos encontramos con el problema del síndrome de abstinencia.

- ✚ **Función de mediación:** En estas ocasiones, la situación familiar suele complicarse, las relaciones se debilitan y se crea cierta tensión, en muchas ocasiones, los padres, madres, abuelos.... Intentan buscar culpables, nuestra función como profesionales es hacerles ver la importancia de que se apoyen y permanezcan unidos.
- ✚ **Función de evaluación:** Al finalizar cualquier intervención, es fundamental la realización de una evaluación para comprobar que se hayan llevado a cabo los objetivos previamente propuestos.

7. INFLUENCIA DEL ENTORNO Y DE LA SOCIEDAD EN EL CONSUMO DE DROGAS.

En la sociedad en la que vivimos, la familia sigue siendo el agente socializador por excelencia, a este se le unen los amigos, el entorno, el ámbito escolar... El consumo de drogas está determinado por los efectos de una determinada influencia externa, para que este tipo de relación exista debe haber un vínculo sentimental o afiliativo entre la persona objeto de estudio y su influenciador. (De la Villa, 2009)

Centrándonos en el síndrome de abstinencia neonatal, los factores que le van a influir al feto durante su gestación son indirectamente los que le influyan a la madre, estos no siempre tienen que ser perjudiciales o nocivos, ya que nos podemos encontrar con estímulos externos negativos (padres consumidores) y positivos (grupo de amigos no consumidores, deportistas...).

Entornos que condicionan:

- **Influencia de la familia:** La familia es un espacio de crecimiento y aprendizaje para todos sus miembros y desempeña un papel fundamental en la transmisión de información, experiencias, límites... La influencia de la familia, sobre todo del padre y de la madre es determinante. No solo es importante cuando hablamos de construcción personal, también lo es en los hábitos adquiridos. Durante la infancia y la adolescencia la familia es el pilar fundamental, son etapas en las que tomamos como ejemplo a nuestros padres, hermanos, tíos... porque son la única referencia o la referencia más fuerte que tenemos. Esto puede ser positivo y negativo cuando estamos hablando de hábitos adquiridos: (Villanueva, 2012)

- Influencias positivas: Inculcar hábitos positivos desde pequeños a los/as hijos/as creará una base adecuada y correcta. Cuando hablamos de consumo de drogas, es importante que desde la familia exista una prevención para evitar futuras malas decisiones relacionadas con la adicción. No normalizar el consumo en el hogar es un hábito positivo, hablar abiertamente sobre el tema explicando todo lo que cree algún tipo de duda, marca hábitos saludables...
- Influencias negativas: Observar en el hogar hábitos de vida poco saludables como puede ser el consumo de sustancias perjudiciales por parte de los progenitores, aumenta la posibilidad de que los/las hijos/as en un futuro estrechen lazos con este mundo tan perjudicial para ellos/as y su entorno.

Para que la intervención de los padres respecto al consumo sea correcta es importante que estos se formen sobre este tema y sobre cómo enfrentarse a estos problemas.

- Influencia de los/as amigos/as: El medio social tiene una gran influencia sobre la conducta de cualquier persona, esto se debe a la necesidad que tenemos de pertenecer a un grupo, esa necesidad nos hace asumir conductas y rutinas parecidas a las que realiza el resto del grupo para así sentirnos parte del grupo. Cuando nos encontramos ante un grupo en el que su conducta normalizada y constante es la de consumir sustancias existe una presión por parte de este para que todo aquel que se una adquiera esta rutina. (Delgado, 2014)
- Influencia del entorno: A parte de la influencia que puede ejercer la familia y el grupo de amigos, también nos encontramos con la que ejerce el entorno, el entorno englobaría la familia, amigos, zona residencial, cultura, religión.... Habitar en lugares en los que el consumo está normalizado, como podría ser “Las Barranquillas” una ciudad colombiana con un alto índice de pobreza y delincuencia, pero también de negocios con drogas, es una influencia negativa ya que es complicado huir de algo con lo que se convive diariamente y que en muchas ocasiones es la manera que tienen muchas personas de ganarse la vida. La religión también influye mucho en este aspecto. Un claro ejemplo es el de la religión cristiana y la musulmana cuando hablamos de consumo de alcohol. Los cristianos

vemos el consumo de alcohol como algo normal, en cambio la religión musulmana no contempla este acto, para ellos el consumo de alcohol es algo prohibido.

- **Influencia escolar:** Cuando hablamos de la relación entre colegio y consumo de drogas, nos referimos a la educación que se inculca sobre este tema. Durante la etapa de primaria, secundaria y bachillerato, las campañas que se realizan de prevención en los centros educativos son fundamentales para formar al alumnado sobre este tema y poder resolver cualquier duda y curiosidad que les surja. Una buena prevención por parte del ámbito escolar puede evitar que los/as jóvenes por curiosidad o experimentación comiencen a consumir.

(Espada, Pereira & García, 2000)

Los factores externos que influyen en una persona suelen ser en la etapa de la adolescencia, en esta fase se busca la aprobación de la sociedad y la revelación contra las normas sociales, prevenir los riesgos durante esta etapa es fundamental para un buen desarrollo y un futuro óptimo, centrándonos en la fase del embarazo, las influencias externas principales son las mencionadas anteriormente (familia, amigos...) pero también dependen mucho de la edad (y otros factores) de la mujer embarazada, no es lo mismo un embarazo de una adolescente que se influye mucho más por sus amigos, entorno... que una persona con 40 años que se influenciará considerablemente por su pareja, familia...

8.MARCO JURÍDICO.

¿Cuál es la protección jurídica de las madres gestantes? ¿Y la del menor?

En España no existe ninguna protección jurídica específica para madres gestantes consumidoras, en cambio, sí que nos encontramos con la ley de protección de menores que se aplica en estos casos porque consumir durante el embarazo es considerado maltrato infantil (E1)

Comenzando por la Rioja, existen diversas leyes:

- **Ley 1/2012, de 12 de junio, por la que se establece y regula una red de apoyo a la mujer embarazada:** La presente ley tiene como objeto crear en la Comunidad Autónoma de La Rioja una red de apoyo a la mujer embarazada, destinada a apoyar a todas aquellas mujeres embarazadas que se encuentren en situación de desprotección y/o riesgo de exclusión social.

- **Ley 1/2006, de 28 de febrero, de Protección de Menores de La Rioja:** La presente Ley tiene por objeto la regulación de las competencias y potestades de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de La Rioja y de las Entidades Locales de su ámbito territorial en materia de protección de menores.
- **Ley 5/2001, de 17 octubre, Ley de Drogedependencias de La Rioja LLR 2001\200:** En la presente ley nos encontramos varios artículos destinados a proteger a las embarazadas del consumo y los prejuicios de las drogas, así mismo indirectamente también protegen al feto del síndrome de abstinencia neonatal.

Como, por ejemplo:

- o Art 40.3.b: No se permitirá fumar en: Cualquier área laboral donde trabajen mujeres embarazadas

Leyes a nivel estatal:

En la Constitución Española de 1978 apreciamos varios artículos de interés la protección de la mujer, el primero es el artículo 35.1, destaca que en el ámbito laboral debe existir igualdad de género ya que, en la actualidad, sigue existiendo discriminación hacia la mujer. El artículo 39, asegura la protección familiar, más exactamente la de la madre y la de los/as hijos/as. En el artículo 41 asegura prestaciones y ayudas a todos los colectivos vulnerables, en este colectivo se encuentran las madres consumidoras.

El Estatuto de los Trabajadores:

En esta Ley nos encontramos con numerosos artículos centrados en la protección laboral hacia la madre durante el embarazo, la lactancia.... Y también centrados en la protección laboral del padre:

- Art 11.b: Las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo, maternidad, adopción o acogimiento, riesgo durante la lactancia y paternidad interrumpirán el cómputo de la duración del contrato.
- Art 45.d: El contrato de trabajo podrá suspenderse por las siguientes causas: Maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo, riesgo durante la lactancia natural de un menor de nueve meses y adopción o acogimiento, tanto preadoptivo como permanente o simple.

- Art 48.5: En el supuesto de riesgo durante el embarazo o de riesgo durante la lactancia natural, la suspensión del contrato finalizará el día en que se inicie la suspensión del contrato por maternidad biológica o el lactante cumpla nueve meses, respectivamente, o, en ambos casos, cuando desaparezca la imposibilidad de la trabajadora de reincorporarse a su puesto anterior o a otro compatible con su estado.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil:

El consumo de sustancias tóxicas por parte de una embarazada es considerado maltrato infantil o maltrato neonatal, en este caso actuaría esta ley (E2)

Esta Ley tiene como objetivo básico la protección de los menores de edad a través de la tutela administrativa.

Algunos artículos que sí se centran más en los bebés tanto en su fase prenatal como en la posterior son:

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

El consumo de sustancias tóxicas por parte de una embarazada es considerado maltrato infantil o maltrato neonatal, en este caso actuaría esta ley (Entrevista: Trabajadora Social del hospital San Pedro)

Esta Ley tiene como objetivo básico la protección de los menores de edad a través de la tutela administrativa.

Algunos artículos que sí se centran más en los bebés tanto en su fase prenatal como en la posterior son:

- Art 17.9: La administración pública competente para intervenir en la situación de riesgo adoptará, en colaboración con los servicios de salud correspondientes, las medidas adecuadas de prevención, intervención y seguimiento, de las situaciones de posible riesgo prenatal, a los efectos de evitar con posterioridad una eventual declaración de situación de riesgo o desamparo del recién nacido.

- Art 18.c: Se entiende que existe desamparo cuando se produzcan perjuicios graves al recién nacido causados por maltrato prenatal.
- Art 19bis.6: Las menores y las jóvenes sujetas a medidas de protección que estén embarazadas recibirán el asesoramiento y el apoyo adecuados a su situación. En el plan individual de protección se contemplará esta circunstancia, así como la protección del recién nacido.

9.CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

En este Trabajo Fin de Grado se ha explicado el síndrome de abstinencia y todas las cuestiones relacionadas directa e indirectamente con este. Para llevar a cabo este estudio se comenzó por una explicación de los conceptos relevantes (drogas, neonatos, síndrome de abstinencia...) y se comenzó a profundizar en el tema del TFG (síntomas, tratamiento, marco jurídico...)

A lo largo de la investigación para este trabajo ha sido considerable la falta de documentación, la inexistencia de bases de datos y la escasez de estudios que existen en España sobre el síndrome de abstinencia neonatal y sobre el consumo de drogas en embarazadas, algo preocupante desde la perspectiva social.

El síndrome de abstinencia es un conjunto de síntomas que experimenta una persona en el momento que disminuye la cantidad de droga en su organismo o deja por completo de consumirla, en el caso de los bebés, esta sintomatología aparece en las horas posteriores al nacimiento, esto se debe a que en el momento que el recién nacido es separado de la madre, la cantidad de sustancias adictivas que le estaba proporcionando a través del cordón umbilical, dejan de transferirse y comienza a “necesitarla”. El problema que esto genera es que cuando hablamos de síndrome de abstinencia en adultos, al haber consumido por “elección propia” no se considera delito, en el caso del síndrome de abstinencia neonatal, el bebé lo sufre debido al consumo de la madre por lo que esto si es considerado un delito contra la salud del menor, exactamente, maltrato infantil. Cuando un/as trabajador/a social se encuentra con un caso así, activa un protocolo de actuación que comienza dando un aviso a la Unidad de Menores del Gobierno de la Rioja para informarles sobre la situación y retirarle la tutela del menor.

Las madres consumidoras en el momento que se quedan embarazadas son derivadas a programas de deshabituación a través de metadona para evitar que el feto sufra las

consecuencias de la adicción, muchas de estas mujeres no son conscientes del daño que le están haciendo a su futuro hijo y otras muchas no asumen la responsabilidad de sus actos, negando que exista un consumo.

Son numerosas las necesidades que presentan tanto la madre consumidora como el bebé.

- Las necesidades de la madre son principalmente económicas, emocionales, sociales, escaso apoyo familiar...
- Las necesidades que los recién nacidos con síndrome de abstinencia presentan al nacer están relacionadas con sus síntomas, nos encontramos con bebés que superan los síntomas con prácticas sencillas como son la disminución de la luz y el sonido en la habitación donde se encuentra, cogerle en brazos cuando le da un ataque de llanto.... En otros estas prácticas no son suficientes y se tienen que recurrir a los fármacos para poder tratar la sintomatología.

Es destacable la sintomatología que produce cada sustancia y la gravedad de esta, es decir, no todas las drogas consumidas producen las mismas consecuencias o el mismo nivel de gravedad. Tampoco son iguales los efectos si se consume una cantidad elevada de sustancia o se consume menos de la misma. Los síntomas varían sobre todo cuando hablamos de drogas legales y/o normalizadas (tabaco, alcohol...) y de drogas ilegales (cannabis, cocaína, solventes...) ya que las drogas legales producen unos efectos menos aversivos en el bebé (bajo peso al nacer, prematurez...) que las ilegales (muerte súbita, deformaciones faciales, muerte intrauterina...). Es cierto que la mayoría de efectos provocados por el síndrome de abstinencia desaparecen en los primeros días de vida, pero hay otros muchos que son permanentes (paladar hendido, dificultades en el aprendizaje...)

El papel del/la trabajador/a social en estas situaciones es fundamental, son los/as trabajadores/as sociales del ámbito sanitario los/as que intervienen en estos casos, especialmente los/as de atención temprana ya que son los/as que más casos reciben relacionados con el tema de las adicciones. En el momento que un/a trabajador/a social es conocedor de que una mujer consumidora está embarazada procede a diseñar un proceso de prevención que consiste en un programa de deshabituación a través de la metadona, esta se administra a la mujer disminuyendo la dosis progresivamente para no dañar al embrión, el/la trabajador/a social realiza un seguimiento durante todo el

embarazo para hacer posible que exista una adecuada evolución en la madre y ofreciéndole ayudas que puedan cubrir sus carencias y finalmente, en la mayoría de situaciones, tras el nacimiento la custodia del menor es retirada. Son intervenciones que requieren la participación de numerosos profesionales (psicólogos, matrona, ginecólogos...) para que el proceso (que es lo importante) sea adecuado y beneficioso tanto para la madre como para el futuro bebé.

Para una futura disminución de estos casos sería interesante trabajar la concienciación social, es decir, actualmente los estudios e investigaciones sobre este tema son escasos e incompletos, es un problema desconocido para la sociedad y sobre todo para los jóvenes. Realizar más talleres de prevención con adolescentes en los institutos sería una manera óptima de mostrar a la sociedad la realidad de esta problemática, concienciar a la juventud de los riesgos que supone el consumo de drogas para ellos y para sus futuros descendientes e intentar disminuir el número de casos de síndrome de abstinencia neonatal. Actualmente en los centros educativos de secundaria se imparten talleres de prevención de consumo de drogas en los que no se incluye el síndrome de abstinencia neonatal y este es uno de los motivos por el que es tan desconocido para la sociedad en general.

10.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Aguilera , C., & Izarra, A. (05 de Diciembre de 2005). *Abuso de sustancias tóxicas durante el embarazo*. Obtenido de Preguntas y respuestas en farmacología clínica: <https://www.icf.uab.cat/assets/pdf/productes/preres/preres32.pdf>

Aguilera, R., Romero, M., Dominguez, M., & Lara, M. (1 de Febrero de 2004). Primeras experiencias sexuales en adolescentes inhaladores de disolventes. *Salud Mental*, 27, 64-69. Obtenido de <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2701/sm270160.pdf>

Aldaba, F. (19 de Septiembre de 1995). *Proyecto Hombre*. Obtenido de <http://www.proyctohombrea.org/factores-de-riesgo-y-de-proteccion-en-el-consumo-de-drogas-y-la-conducta-antisocial/>

- Álvarez Moreno, M., Del Viejo Marroquín, R., Sayago Atalaya, P., & Sanguino Galván, M. (s.f.). *SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL*. Obtenido de Unidad de Neonatología y UCIP. Hospital Materno Infantil.: <http://enfermerapediatrica.com/wp-content/uploads/2014/03/Sindrome-Abstinencia-neonatal.pdf>
- Becona Iglesias, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77. Obtenido de <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=843>
- Bielsa Miñana, M., Pinto Rodríguez, B., Alloza García, E., & Pérez Mateo, S. (22 de Julio de 2017). Síndrome de abstinencia neonatal. *Revista médica electrónica*. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sindrome-abstinencia-neonatal-definicion/>
- Calvo Botella, H. (2004). *Maternidad, infancia y drogas: implicaciones clínicas*. Obtenido de Psicóloga. Master en Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas: <file:///C:/Users/albar/Downloads/395-768-1-SM.pdf>
- Castillo García, G. (Diciembre de 2017). *Factores de protección*. Obtenido de https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/18341/prevencion_adicciones.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Colom Masfret, D. (2006). El Trabajo Social Sanitario como herramienta de gestión. *Revista Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar.*, 25.
- Consumo, M. d. (s.f.). *Embarazo y drogas*. Obtenido de <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/EmbarazoDrogas.pdf>
- Cortes, L. (31 de Octubre de 1978). *Constitución Española*. Obtenido de <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>
- Cuñarro Alonso, A. (9 de Febrero de 2006). *Síndrome de abstinencia neonatal*. Obtenido de Fundación Hospital Alarcón: file:///G:/4%20de%20carrera%202/TFG/Sindrome_de_abstinencia_neonatal.pdf
- De la Villa Moral Jiménez, M. (Oubre de 2009). *Influencia familiar sobre las actitudes ante el consumo de drogas en adolescentes españoles*. Obtenido de SUMMA Psicología UST, Universidad de Oviedo:

file:///C:/Users/albar/Downloads/Dialnet-InfluenciaFamiliarSobreLasActitudesAnteElConsumoDe-3113483%20(1).pdf

Delgado, P. (23 de Julio de 2014). *La influencia de los amigos en el consumo de drogas*. Obtenido de Bitácora Médica: <https://bitacoramedica.com/la-influencia-de-los-amigos-en-el-consumo-de-drogas/>

Espada Sánchez, J., Pereira, J., & García Fernández, J. (20 de Abril de 2000). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol. *Psicothema*, 20(4), 531. Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/3519.pdf>

Estadística, I. N. (2011-2012). *Encuesta nacional de salud. España 2011-2012*. Obtenido de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/ENSE2011_12_MONOGRAFICO_1_ALCOHOL4.pdf

Estado, J. d. (17 de Enero de 1996). *Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil*. Obtenido de BOE, Legislación consolidada: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1996/BOE-A-1996-1069-consolidado.pdf>

Eulogio Mellado, J., Pastor Rodríguez, J., Del Cerro Ortuño, F., De Ardanaz Jorrito, S., & López Ibáñez, M. (2008). MANEJO Y CONTROL DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA. *Enfermería global*, 2.

García del Río, M., Lastra Sánchez, G., Medina Solo, A., Martínez León, M., Lucena Travé, G., & Martínez Valverde, A. (27 de Octubre de 2015). *Junta Directiva de la Asociación Española de Pediatría*. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Fernando_Cabanas2/publication/242363688_Lesion_cerebral_en_el_nino_prematuro/links/5630003808aefac54d8f070e.pdf#page=124

González Hachero, J., & Martínez Malagón, M. (1999). *Repercusiones en los hijos de la drogadicción de los padres*. Obtenido de <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/51-1-2.pdf>

- Hernández Aguado, I. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. World Health Organization . Obtenido de Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España:
http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Hernández Bustamante, O., Támara Reyes, Y., Ángel Gutiérrez, L., & García Payares, A. (21 de Enero de 2008). *Descripción fenomenológica de la vivencia del síndrome de abstinencia en pacientes drogodependientes*. Obtenido de Psicología desde el Caribe:
http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/psicologia_caribe/21/4_Descripcion%20fenomenologica.pdf
- León, J. d. (25 de Septiembre de 1993). *Consejo Autonómico del Trabajo social de Castilla y León*. Obtenido de
<http://www.consejotrabajosocialcyl.org/funcionestrabajadorssocial.php>
- Leonor, O., Hernandez, B., Paola, Y., Reyes, T., Elena, L., Gutiérrez, Á., . . . Payares, G. (2008). Descripción fenomenológica de la vivencia del síndrome de abstinencia en pacientes drogodependientes. *Psicología*, 86-88.
- Martínez Castillo, A. (Enero de 2011). Alcohol y embarazo: intervención de enfermería en atención primaria. *Enfermería global*(21), 3. Obtenido de
<https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24485/1/Alcohol%20y%20embarazo.%20Intervencion%20de%20enfermeria%20en%20atencion%20primaria..pdf>
- Ministerio de Sanidad, S. S. (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Obtenido de Guías de prácticas en el SNS:
https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (29 de Marzo de 1995). *Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores*. Obtenido de BOE, Legislación consolidada: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-7730-consolidado.pdf>

- Pascale, A. (S.F.). *Consumo de drogas durante el embarazo* . Obtenido de Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención.: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>
- Rioja, G. d. (2006). *Infodrogas*. Obtenido de Información y Prevención de drogas: <https://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=&start=3>
- Rioja, G. d. (28 de Febrero de 2006). *larioja.org*. Obtenido de Ley 1/2006, de 28 de febrero, de Protección de Menores de La Rioja: <https://ias1.larioja.org//cex/sistemas/GenericoServlet?servlet=cex.sistemas.dyn.portal.ImgServletSis&code=oumCvWlgBUF6lChv9ZDgP%2FhXhSM%2FFmcH3LAIGHBHDbcH5h3TVkJMOgIAFw6X7X0oxVWa9cUmjPqw%0AM2j7zInbpSN%2B66VFV1pP&&&>
- Rioja, G. d. (20 de Junio de 2012). *larioja.org*. Obtenido de Ley 1/2012, de 12 de junio, por la que se establece y regula una red de apoyo a la mujer: <https://ias1.larioja.org//cex/sistemas/GenericoServlet?servlet=cex.sistemas.dyn.portal.ImgServletSis&code=oumCvWlgBUF6lChv9ZDgP%2FhXhSM%2FFmcH2h8a3DR0HHPApHyqPVxRsoD%2BHW0E2YV6LEXZYSr1AOHV%0AnJ56Ncz0ce4lgNwr7LQA&&&>
- Rioja, P. d. (6 de Noviembre de 2001). *Ley 5/2001, de 17 octubre, Ley de Drogodependencias de La Rioja, LLR 2001\200*. Obtenido de https://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/autonomica/Ley5_2001_RIOJ.pdf
- Salud, O. M. (7 de Abril de 1948). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
<http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
- Sánchez Capel , A. (23 de Marzo de 2012). *Exposición fetal a drogas de abuso durante el primer trimestre de gestación*. Obtenido de Universidad de Murcia. Facultad de Biología: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/27913/1/TESIS%20DOCTORAL>

%20CC.FORENSES%202011-

12.%20AURORA%20SANCHEZ%20CAPEL.pdf

Villanueva Roa, C. (7 de Enero de 2012). Influencia de la familia en la prevención de drogas NFLUENCIA DE LA FAMILIA EN LA PREVENCIÓN DE DROGAS. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 178-179. Obtenido de file:///C:/Users/albar/Downloads/1095-3559-1-SM.pdf

11.ANEXOS.

ENTREVISTA → PEDIATRA

1. Defíname Síndrome de abstinencia neonatal
2. ¿Ha tenido algún caso de síndrome de abstinencia neonatal?
3. Cuáles son los síntomas
4. Generalmente, ¿cómo es la reacción de las madres y familiares del bebé ante estos casos?
5. Sobre las embarazadas ¿cuál es el rango de edad más frecuente de consumo?
6. ¿El consumo de drogas varía según la clase social?
7. Cuando existe un consumo de tabaco, alcohol u otras drogas durante el embarazo ¿Qué riesgos existen para el bebé?
8. ¿Y cuándo es consumo de otras sustancias (¿cocaína, heroína...?)
9. ¿Qué daño produce la drogodependencia durante el embarazo a los bebés y a su desarrollo?
10. ¿cómo cree que debería ser la prevención?
11. ¿Cómo ha evolucionado posteriormente?

12. ¿Qué tratamientos existen en estos casos?

13. Las personas/ madres que acuden ¿piden algún tipo de ayuda? ¿Tienen algún tipo de carencias? ¿Qué necesidades plantean?

14. Aportaciones personales u otros comentarios

ENTREVISTA → TRABAJADOR/A SOCIAL

1. Defíname síndrome de abstinencia neonatal
2. ¿Qué recursos existen para que una madre consumidora deje de consumir por lo menos durante el embarazo?
3. Las personas/ madres que acuden ¿piden algún tipo de ayuda? ¿Tienen algún tipo de carencias? ¿Qué necesidades plantean?
4. ¿Cuáles son las ayudas existentes para mejorar la calidad de vida de una neonatal con abstinencia?
5. Aportaciones personales